DES

LIPOMES PÉRIOSTIQUES

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

N° 85
2

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

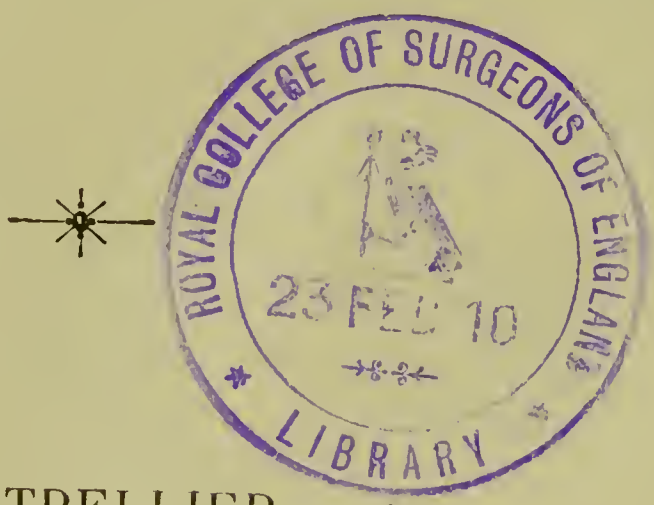
Le 29 Juillet 1905

PAR

Louis RIVET

Né à Durfort (Gard), le 24 juin 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gust. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
TRUC . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Guérin.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe	De ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GILIS, *président.*	MM. De ROUVILLE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

INTRODUCTION

Il a été question à la Société de chirurgie, de ces derniers temps, à propos d'une communication de MM. Schwartz et Chevrier, d'une variété de lipomes qui adhèrent fortement aux périostes et que nous allons étudier.

« Le lipome, dit Quénu (dans son article des tumeurs du Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus) est une tumeur formée de tissus adipeux. Toute accumulation anormale de cellules adipeuses dans un point donné de l'organisme n'est pas un lipome ; dans un certain nombre de processus inflammatoires ou trophiques, on voit le tissu adipeux se substituer peu à peu au tissu normal, au tissu musculaire par exemple, au rein, etc.... mais alors ce tissu participe aux oscillations générales de la nutrition, tandis que le lipome garde jusqu'à un certain point une vitalité indépendante. » Ce n'est pas ici le lieu de donner une description détaillée des lipomes, qu'on trouve d'ailleurs dans les traités classiques de pathologie externe. Ce sont les lipomes que le chirurgien trouve au cours de l'opération adhérents au périoste qui nous intéressent dans cette étude et dont nous aurons à discuter la pathogénie. Ces lipomes périostiques sont assez rares. On trouve bien plus communément de telles tumeurs graisseuses dans les régions où abonde la graisse. Les anciens auteurs pensaient même qu'elles ne pouvaient se rencontrer que dans

les endroits où la graisse existe normalement. Ce fait n'est pas complètement exact. Les tissus de substance conjonctive (tissu osseux, cartilagineux, myxomateux, lipomateux) sont des équivalents morphologiques ; ils peuvent se transformer, et se succéder les uns dans les autres. C'est dire que ces lipomes pourront renfermer d'autres tissus, fibreux, myxomateux, etc.

Parmi les lipomes périostiques il faut faire une distinction. Nous éliminerons les lipomes nettement ostéo-périostiques, c'est-à-dire nés dans la trame osseuse et pénétrant dans l'os. Nous ne garderons pas non plus les lipomes sacro-coccygiens qui rentrent dans le groupe spécial des tumeurs sacro-coccygiennes. Enfin dans l'étude même des lipomes périostiques, nous ne nous occuperons que de ce qui touche à l'étiologie et à la pathogénie de ces tumeurs. Ce qui a trait à la symptomatologie, au diagnostic, au traitement, etc. est suffisamment traité dans la thèse de Hurault, inspirée par M. Guinard. Nous n'aurions rien à ajouter ni à changer. Il serait superflu d'y revenir.

Un point nous paraît intéressant à signaler dans cette introduction. C'est la distinction qu'on peut faire de ces lipomes en congénitaux ou acquis. « L'épithète de congénital, dit M. Lannelongue, ne doit pas être prise au sens littéral, et n'implique pas absolument la constatation de ces tumeurs au moment de la naissance. Elle indique seulement que les conditions déterminantes de leur formation existaient dans la vie intra-utérine. » Une tumeur peut être congénitale et avoir mis un temps fort long à se manifester, c'est-à-dire à acquérir un volume suffisant pour que le sujet qui en est porteur en soit gêné ou même s'en aperçoive. Un lipome peut donc être congénital et ne se manifester qu'assez tard. Mais ce qui nous intéresse ici c'est son adhérence au périoste. Dans la grande majorité des cas, les lipomes

périostiques secondaires seront des lipomes anciens des parties molles qui ont contracté des adhérences au périoste. C'est ce qui pourra ressortir des quelques observations que nous aurons pu recueillir dans ce travail.

Une de ces observations est inédite. Nous la devons à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran, qui nous a suggéré l'idée de notre thèse. Nous voulons l'en remercier ici, ainsi que de l'amabilité, et nous osons presque dire de l'amitié constante qu'il a eue à notre égard. Il nous faut aussi remercier tous nos maîtres et en particulier M. le professeur Gilis qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. M. le professeur Carrieu nous a témoigné une bonté dont nous lui serons éternellement reconnaissant. Merci également à MM. Ardin-Delteil, Vires et de Rouville, dont nous avons suivi avec le plus grand intérêt le service pendant que ce dernier remplaçait M. le professeur Tédenat dans sa clinique magistrale de l'hôpital Suburbain.

M. le doyen Mairet dont nous avons écouté longtemps les éloquentes leçons et qui nous a témoigné quelque bienveillance, a droit aussi à notre respectueuse gratitude.

DES

LIPOMES PÉRIOSTIQUES

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

ETIOLOGIE

Les lipomes périostiques ont une étiologie fort obscure et à peu près ignorée. Nous devons établir une distinction entre les lipomes primitivement ou secondairement périostiques, entre les lipomes congénitaux et ceux que nous pouvons regarder comme acquis.

Ces derniers ont la même étiologie que les lipomes en général et ce n'est qu'à la suite d'une irritation chronique qu'ils arrivent à contracter avec le périoste des adhérences secondaires.

En ce qui concerne les lipomes périostiques primitifs, les plus nombreux dans les observations que nous avons pu rassembler, nous manquons totalement de renseignements sur leur étiologie.

Fréquence. — Les lipomes périostiques sont rares et nous n'avons pu en réunir que 39 observations. Les statistiques sont trop incomplètes pour nous permettre de donner la proportion exacte de ces tumeurs et nous

sommes obligé de nous en rapporter aux auteurs. Barros Borgogno dans un travail de statistique sur le siège des tumeurs trouve seulement 9 lipomes congénitaux sur 2500 néoplasmes de toute nature. Chipault (Méd. mod., déc. 1885) en trouve 6 sur 65 cas et Grosch, en 1887, en signale 5 sur 37 cas observés.

Pour notre part, nous conformant à la délimitation de notre sujet telle que nous l'avons indiquée dès le début, nous n'avons cru devoir retenir que 39 observations de lipomes périostiques pour la plupart congénitaux.

Age. — L'âge des malades atteints de lipome périostique ne mérite guère de retenir notre attention. Qu'il s'agisse de lipomes congénitaux ou acquis, nous avons affaire à des tumeurs à marche lente. On ne saurait attribuer un âge aux lipomes secondaires qui pendant longtemps restent méconnus et, de même que pour les lipomes primitifs, les observations ne mentionnent que le moment où, par suite de troubles fonctionnels ou généraux graves, la tumeur a dû être enlevée. C'est ce qui nous explique l'énorme disproportion que nous retrouvons dans les observations où est noté l'âge des malades, les uns ayant été opérés quinze jours après la naissance (obs. de Heyfelder), d'autres ayant toléré leur tumeur jusqu'à un âge avancé, 58 ans dans l'observation de M. le professeur Soubeyran.

Sexe. — Le lipome en général semble avoir une préférence marquée pour le sexe féminin. Bryant, sur 95 cas en rapporte seulement 22 à l'homme ; Barros Borgogno note 55 hommes contre 85 femmes. Hurault, étudiant plus particulièrement les lipomes périostiques congéni-

taux, partage cette opinion générale et trouve 12 malades du sexe féminin contre 9 du sexe masculin.

Pour notre part, dans les observations que nous avons cru devoir retenir, nous trouvons une inversion de ce rapport et les femmes ne comptent que pour 13 cas contre 23 chez l'homme. Nous avons cru intéressant de signaler le fait, mais nos statistiques sont trop incomplètes pour nous permettre une conclusion définitive.

Siège. — Le lipome périostique peut s'implanter sur tous les os du squelette. Toutefois, les auteurs lui assignent comme lieu d'élection, le crâne, le rachis et les membres. L'étude des 39 observations où nous avons pu retrouver l'indication du siège nous permet de modifier légèrement cette notion et nous trouvons le lieu d'élection d'abord sur les membres, quinze fois, puis sur le tronc 13 fois et enfin sur le crâne, 11 fois.

Nous donnons les divers points d'implantation et l'on peut voir qu'en général on ne mentionne pas si la tumeur siège à droite ou à gauche.

Aux membres nous notons :

Siège	*H*	*F*
Extrémité supér. du fémur	5	2
Extrémité infér. du fémur	1	1
Jambe	1	1
Métatarse	1	»
Epaule	1	»
Col du radius	1	»
Métacarpe	1	»
	11	4

Sur le tronc nous trouvons comme siège :

Siège	*H*	*F*
Colonne cervicale	1	2
Colonne dorsale	1	1
Clavicule	2	1
Omoplate	»	1
Côtes	»	2
Ischion	»	2
	4	9

Au crâne enfin nous trouvons :

Siège	*H*	*F*
Front	4	1
Occiput	2	1
Pariétal	2	»
Aile du sphénoïde	1	»
	9	2

Cette répartition topographique du lipome périostique était intéressante à établir, mais ici encore les statistiques sont trop incomplètes pour nous permettre une conclusion définitive.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des lipomes périostiques, entourée encore d'une grande incertitude, reste très difficile à formuler. Il faut, en effet, établir une distinction entre les lipomes primitivement et secondairement périostiques.

Pour ces derniers, il s'agit le plus souvent de l'adhérence secondaire d'un lipome ordinaire et dans le cas rapporté par Huckins, la tumeur, qui fut trouvée adhérente aux apophyses transverses, avait débuté près du menton. Ces lipomes se fixent au périoste par un processus d'irritation chronique ; peut-être en avons-nous un exemple dans l'observation de Reclus, n° XII. Ce qui prouve encore ces adhérences secondaires, c'est qu'elles peuvent être multiples, et se rencontrent sur plusieurs os à la fois : condyle fémoral et rotule par exemple (cas de Heyfelder, Braquehaye).

Mais en ce qui concerne les lipomes périostiques primitifs congénitaux, la pathogénie reste très obscure. C'est ce qui explique le nombre vraiment considérable des théories qui prétendent nous expliquer la genèse du lipome.

Nous ne rappellerons que pour mémoire, l'hypothèse de Hunter qui fait du lipome un produit de sécrétion dû à un système glandulaire spécial.

Une théorie plus sérieuse, soutenue par Cruveilher, Broca, Darbez, Verneuil et son élève Juda, fait rentrer le lipome dans la classe si vaste des manifestations de l'arthritisme. C'est la *théorie diathésique* et selon le mot de Broca « le lipome serait le dernier degré d'une échelle dont le cancer est le sommet ». Cette façon de voir, admise par Krohn, en 1886, et étayée de quelques observations, ne nous paraît pas devoir retenir notre attention. Nous aimons mieux penser avec Wirchow que « s'il y avait dyscrasie lipomateuse, il ne pourrait y avoir lipome. La graisse du lipome ne diffère pas histologiquement de la graisse du tissu adipeux normal et son développement est également le même. Pour qu'il se produise un lipome, il faut donc une raison locale, une cause uniformément répartie, car un état dyscrasique aurait pour effet une hyperproduction adipeuse généralisée », et Wirchow termine en disant : *cette cause locale est une irritation quelconque.*

Les théories de l'hérédité ou de l'origine névropathique du lipome, bien que confirmées par un certain nombre d'observations en ce qui concerne le lipome en général, ne sauraient être satisfaisantes pour nous expliquer la genèse du lipome périostique et dans aucun des cas que nous rapportons, nous n'avons pu en trouver mention.

Nous laisserons de même de côté l'hypothèse de la production lipomateuse, par dégénérescence graisseuse des muscles normaux ou anormaux. (Pearce Gould, Bland-Sutton) ou par dégénérescence d'un fibrome (Butlin).

Quelques auteurs anglais, Holmes, Colte, Bickerstelh ont noté la transformation en lipome, des angiomes et des nœvi et Laboulbène a fort bien montré dans une

série d'observations, tous les points de transition entre le nœvus et le lipome. Cette théorie est confirmée par la clinique et par l'examen histologique. Cliniquement, il n'est pas rare de noter la coexistence sur un même sujet de productions lipomateuses et de nœvi (observations de Braquehaye et de Lannelongue) et au microscope le lipome présente des dilatations capillaires propres à l'angiome. Lannelongue s'est fait le partisan de cette *transformation de l'angiome* et certes, la dégénérescence d'un angiome périostique est possible. On pourrait même à la rigueur expliquer la rareté des lipomes périostiques par la rareté des angiomes de même siège. Mais tandis que les lipomes ordinaires dérivés d'un angiome sont très vasculaires, jamais, sauf pour le cas de Braquehaye, les lipomes périostiques ne sont très vasculaires.

Les différentes théories proposées par les divers auteurs et que nous venons d'exposer succinctement, nous ont montré que chacune d'elles appuyée par un certain nombre d'observations, suffit à expliquer la pathogénie de quelques lipomes. Mais aucune ne nous paraît suffisante et tout en reconnaissant qu'il n'y a pas de pathogénie unique pouvant s'appliquer à tous les cas, nous devons chercher à émettre une hypothèse qui permette d'expliquer au moins la majorité des cas. Cette notion nouvelle nous est apportée par MM. Schwartz et Chevrier qui ont créé la *théorie du lipome périostique ostéogénique* et à laquelle se rattache M. Soubeyran. Wirchow avait déjà entrevu le fait, quand il voyait dans le lipome le produit d'une irritation quelconque, mais la nature de cette irritation lui avait échappé. MM. Schwartz et Chevrier ont repris la question à la Société de chirurgie et montré qu'il y avait de l'irritation, de l'inflammation congestive. « Cette inflammation congestive très localisée,

nodulaire, du périoste, disent ces auteurs, nous semble expliquer la formation d'amas lipomateux qui pourraient coexister avec des exostoses, nées de la même cause. Cette inflammation nodulaire du périoste pourrait être localisée au voisinage du cartilage de conjugaison et ainsi naîtrait la théorie du lipome périostique ostéogénique. Cette théorie que nous émettons et qui explique bien les troubles concomitants de l'ostéogenèse, n'est nullement contredite par la restriction que nous avons faite à la formule donnée par Lannelongue et Walther, sur le siège de ces tumeurs. Ne sait-on pas que l'exostose ostéogénique née près du cartilage de conjugaison peut être trouvée en pleine épiphyse ou en pleine diaphyse, suivant le côté du cartilage où elle s'est développée, et le moment de la croissance osseuse auquel elle a paru ? »

C'est la théorie du lipome périostique ostéogénique ; mais on peut aussi concevoir que chez l'adulte une initiation périostique puisse donner naissance à un lipome. L'adhérence intime de ces lipomes au squelette faisait d'ailleurs prévoir leur origine périostique ; l'adhérence peut être lâche ou serrée, il peut même y avoir fusion entre la capsule du lipome et le périoste que l'on doit sectionner lors de l'ablation (cas de M. le professeur Soubeyran). L'invention de la tumeur pédiculée ou non au voisinage du cartilage de conjugaison, l'apparition de ces tumeurs au moment de la croissance, enfin la présence fréquente d'exostoses (Schwartz), d'épines prouvant l'irritation du périoste, irritation qui fait naître du tissu adipeux ou fibreux, sont bien des preuves qu'il y a eu irritation de la zone ostéogénique. Parmi ces lipomes, un groupe à retenir est le groupe fémoral qui s'insère souvent près du petit trochanter (cas de Walther, etc.). « Cette inflammation périostique nodulaire peut être

aseptique (traumatique) ou septique et relever alors d'une infection banale ou spécifique. »

En résumé, des diverses théories pathogéniques proposées par les auteurs, la théorie du lipome périostique ostéogénique, sans être toutefois générale, nous paraît convenir à la grande majorité des cas. Elle seule nous permet d'expliquer la genèse des lipomes périostiques primitifs ; tandis que la théorie des adhérences secondaires par prorogation et inflammation d'une tumeur acquise, convient aux lipomes acquis.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Dr Soubeyran, professeur-agrégé.)

Lipome de la cuisse adhérent au périoste du grand trochanter, probablement congénital. — Ablation. — Guérison.

S... L..., âgé de 58 ans, habitant Sumène, entre le 6 septembre 1905 à l'hôpital Suburbain pour une volumineuse tumeur de la partie externe de la cuisse droite.

Les antécédents du malade n'offrent rien de spécial ; mais il raconte qu'il a toujours, *depuis le bas âge*, constaté à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur du volume d'un œuf de dinde, indolore et stationnaire.

Cette tumeur, depuis un an environ, s'est mise à grossir sans apporter aucune gêne et a atteint assez rapidement le très gros volume actuel, sans intéresser en rien l'état général du malade.

On constate, en examinant le sujet, qu'il existe une grosse tumeur à la partie supéro-externe de la cuisse droite ; son volume atteint celui d'une tête à terme et sa surface est très irrégulièrement bosselée ; les bosselures sont molles mais certaines présentent une véritable pseudo-fluctuation ; la peau est intacte ; la tumeur est intéressante à étudier au point de vue de la mobilité.

La partie supérieure empiète sur le bord antérieur de

l'os iliaque jusqu'à l'épine iliaque antérosupérieure, mais elle est parfaitement mobile sur cet os. La partie moyenne et inférieure qui recouvre le grand trochanter et la face externe du fémur est immobile sur l'os et paraît parfaitement lui adhérer.

Le diagnostic devait donc s'établir entre une tumeur des parties molles ayant contracté des adhérences avec l'os, ou une tumeur d'origine périostique, et une tumeur d'origine osseuse : le sarcome des os ; nous rejetâmes cette dernière hypothèse en raison du début lointain de la tumeur (enfance), en raison de sa consistance mollasse, de son indolence, de la conservation de l'état général ; le diagnostic porté fut de lipome adhérent à l'os avec des parties dégénérées.

Opération le 10 septembre 1905. — Anesthésie au chloroforme ; ablation de la tumeur avec une tranche cutanée ; profondément le lipome adhère au périoste du grand trochanter et de la partie supérieure de la face externe du fémur ; il faut sectionner au bistouri, en rasant l'os pour en détacher la capsule du lipome ; le périoste à ce niveau est rugueux, irrégulier, mamelonné. L'os paraît intact. Les muscles sont amincis et repoussés de côté par la tumeur. Suture de la peau avec des crins. Guérison et sortie quinze jours après.

Examen de la pièce. — Le lipome est très volumineux, et il possède une enveloppe fibreuse ; les lobulations sont variables comme consistance, les unes sont mollasses, les autres un peu plus dures, certaines renferment un contenu sirupeux (dégénérescence myxomateuse).

Réflexion. — En somme, il s'agit d'un lipome avec des points ayant subi la dégénérescence myxomateuse ; il était immobile sur l'os grâce à des adhérences très fortes de sa capsule au périoste qui paraissait irrité.

Les adhérences périostiques étaient-elles secondaires ou bien s'agissait-il d'un lipome primitivement périostique et congénital développé tardivement? Le début remontant au bas âge pourrait le faire croire sans qu'on puisse l'affirmer.

Observations communiquées à la Société de chirurgie de Paris par MM. Schwartz et Chevrier

(Séance du 24 mai et *Bulletin* du 30 mai 1905)

Observation II

C..., femme L..., âgée de 52 ans.

Il y a dix ans, à la suite d'un violent effort, douleur très vive au niveau de la la clavicule. Au bout de quinze jours environ, apparaît à ce niveau une tumeur qui a lentement grossi. A son entrée, tumeur du volume d'une mandarine, indolente. Elle est fluctuante à la partie externe; à la partie interne, on sent une sorte de pointe dure, comme osseuse. La tumeur adhère nettement à la clavicule.

A l'opération, sous une couche de fibres musculaires, on trouve une tumeur encapsulée, fixée à la clavicule par un pédicule osseux qu'il faut rompre. A la coupe, c'est un lipome; l'aiguille osseuse a la forme d'un petit humérus, avec trachée et condyle.

Observation III

D..., employé de commerce, 24 ans.

Porte une tumeur à la main droite. Le début de l'affection remonte à trois ans. Pendant son service militaire, la tumeur, d'abord traitée médicalement, a été ensuite incomplètement extirpée.

La tumeur, grosse comme une mandarine, fait saillie à la paume et au dos de la main.

Elle occupe le premier espace intermétacarpien, qu'elle élargit. Elle est molle, lobulée, pseudo-fluctuante, indolore.

A l'opération, on la trouve incluse entre l'interosseux dorsal du premier espace en arrière et l'adducteur du pouce en avant. Elle est facilement énucléée de ses connexions superficielles, mais elle adhère profondément au premier et au deuxième métacarpiens, au voisinage de leur base et à l'aponévrose de l'interosseux dorsal.

Observation IV

Femme de 58 ans, domestique.

Il y a un an, en travaillant à la campagne, elle se heurta la face externe de la cuisse, à deux travers de doigt au-dessus du condyle externe du fémur ; hématome immédiat avec ecchymose cutanée ; la grosseur diminua, puis augmenta de nouveau.

Actuellement, tumeur du volume d'une mandarine

sous une peau sillonnée de veines un peu dilatées ; elle est dure, sous-musculaire, adhérente à l'os.

Les mouvements du genou sont un peu gênés par suite de la réflexion du quadriceps sur la tumeur. La flexion est un peu douloureuse, l'extension n'est pas complète. A l'opération, sous le vaste externe, on trouve un lipome encapsulé fixé sur une exostose grosse comme une noisette. L'exostose est enlevée, ainsi que la capsule de la tumeur, et l'os ruginé.

Observation V

G..., jeune homme âgé de 18 ans.

A eu, il y a deux ans, une ostéite tuberculeuse du premier métatarsien.

Le début de la tumeur pour laquelle il entre remonte à neuf ans. Déformation du genou, qui s'est accentuée progressivement d'année en année. Aucune douleur, aucun trouble fonctionnel.

A son entrée, augmentation de volume considérable du genou, surtout marquée du côté externe ; la tumeur remonte en haut à mi-cuisse, tumeur à bosselures molles.

La rotule est soulevée en avant des condyles fémoraux par une masse élastique.

La circonférence du genou malade est de 54 centimètres contre 38 du côté sain.

Les mouvements du genou ne sont pas douloureux, mais ils sont limités, l'extension n'est pas complète, la flexion ne dépasse pas l'angle droit.

Il existe un genu valgum assez marqué ; sa flèche est de 11 centimètres.

La radiographie montre, sur une vue latérale, une incurvation marquée du fémur à concavité postérieure ; une vue antéropostérieure montre une incurvation à convexité interne de la partie inférieure du fémur, qui semble comme refoulée par une masse transparente.

Le malade a été présenté à la Société de chirurgie avant l'opération.

A l'opération, après biopsie ayant montré la nature lipomateuse de la tumeur, extirpation par plusieurs incisions d'un lipome adhérent au fémur, surtout à la face postérieure, un peu au-dessus du condyle externe ; prolongement intra-articulaire pénétrant dans le genou, soulevant la rotule et adhérant à sa pointe ; l'articulation a dû être ouverte.

L'opéré guérit, mais garde un genu valgum.

Observation VI

P..., homme de 45 ans.

Il y a quinze ans environ parut une petite tumeur au milieu du dos. Accroissement lent. Elle devient un peu sensible. Elle siège à hauteur de la huitième ou neuvième vertèbre dorsale, un peu à droite de la ligne médiane. Elle est molle, fixée dans la profondeur.

A l'opération, lipome diffus s'insérant à une apophyse épineuse.

Observations présentées à la Société de Paris par M Reboul (de Nimes), membre correspondant.

(Séance du 31 mai 1905. — *Bulletin du 6 juin*).

Observation VII

Une femme de 30 ans, adipeuse, de bonne santé habituelle, bien réglée, éprouvait depuis quatre à cinq ans une gêne dans l'hypocondre et le flanc droits.

Elle remarqua ensuite que cette région augmentait de volume ; enfin elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur du volume du poing, tumeur qui augmentait de volume, particulièrement aux époques menstruelles et qui devenait douloureuse dans les mouvements brusques et pendant la toux.

Lorsque je vis la malade, le 4 août 1901, le flanc et l'hypocondre droits étaient notablement déformés par une tumeur ovoïde s'étendant de la 9e côte à la crête iliaque.

Cette tumeur est lobulée, mate à la percussion ; elle paraît superficielle à la partie inférieure, tandis qu'en haut elle semble s'enfoncer sous la partie moyenne du rebord costal.

La pression de la tumeur est douloureuse ; les secousses de toux, un effort quelconque, y déterminent des douleurs, et, en même temps elle paraît plus régulièrement ovoïde, plus tendue ; le relâchement des parois abdominales amène la diminution de son volume et de sa consistance. Cette tumeur paraît siéger dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Je pense soit à un lipome, soit à une hernie graisseuse.

Opération le 14 août avec l'aide du Dr Dubajou, médecin principal. Anesthésie au chloroforme par le Dr Olivier de Sardan. Incision oblique sur le grand axe de la tumeur, depuis la 9e côte jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Après incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose superficielle et décollement des faisceaux du grand oblique, je vois et je sens entre les fibres du petit oblique, la tumeur régulièrement encapsulée.

Je la libère très facilement sur toute l'étendue de sa surface, par en bas, mais en haut, la capsule se confond intimément avec le faisceau fibreux d'insertion du petit oblique sur le tiers antérieur de la 10e côte. Je désinsère ce faisceau d'insertion de la tumeur sur la côte, et l'enlève en masse. Sutures périostiques et muqueuses au catgut, sutures superficielles au crin de Florence. Drain pendant 48 heures. Suites régulières et normales. Pas d'éventration ultérieure.

La tumeur avait 23 centim. de longueur sur 17 centim. de largeur. C'était un fibro-lipome lobulé, régulièrement encapsulé, dont la capsule et les faisceaux fibreux interlobulaires et interlobaires renfermant des concrétions calcaires disséminées se confondaient en haut avec les fibres d'insertion du petit oblique sur la 10e côte.

Observation VIII

En novembre 1903, j'ai eu l'occasion d'opérer à l'hôpital de Nimes, un lipome présentant une évolution et une origine absolument semblable.

Il s'agissait d'une femme de 58 ans, ménagère, qui

depuis une trentaine d'années voyait évoluer une tumeur de la paroi abdominale antéro-latérale droite, qui lors de l'opération s'étendait à la crête iliaque. Les caractères de cette tumeur rappelaient absolument ceux présentés par le fibro-lipome que j'avais opéré en 1901. C'était un lipome encapsulé, peu riche en tissu fibreux, qui s'était développé dans l'épaisseur de la paroi abdominale sous le petit oblique, au devant du transverse, très facilement libérable dans presque toute son étendue, et dont la capsule se renforçant en haut, s'insérait sur la face externe et le bord inférieur de la 9e côte, se confondant avec les faisceaux d'insertion du petit oblique.

Dans ces deux cas je n'ai pas constaté, aux points d'insertion osseux de ces lipomes, les exostoses signalées par M. Schwartz.

Les fibromes et les fibro-lipomes de la paroi abdominale siègent généralement dans les régions inférieures, en particulier dans les régions iliaques.

L'insertion costale et le siège des tumeurs dans les deux cas de fibrolipomes et de lipomes sont deux raretés.

Leurs origines ostéo-périostiques étaient d'une netteté absolue ; j'ai dû ruginer les deux côtés pour les désinsérer.

Ces deux lipomes paraissent avoir débuté, dans les deux cas, vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans. Ce fait est à rapprocher de l'évolution de certaines exostoses ostéogéniques et viendrait confirmer l'opinion émise par M. Schwartz dans sa communication.

Je n'ai pu découvrir quelle avait été la cause de l'évolution de ces lipomes, contusion ou frottement.

Dans mon premier cas, la malade avait nettement remarqué que sa tumeur avait des périodes d'augmentation de volume, pendant lesquelles elle éprouvait une gêne plus grande et qui coïncidait avec les règles.

Les variations mensuelles de volume de cette tumeur sont à rapprocher de celles qu'on observe dans les tumeurs développées aux dépens des organes de la sphère génitale, en particulier, les fibromes du ligament rond.

Peut-être les rapports vasculaires des faisceaux d'insertion de ce fibro-lipome sur la dixième côte avec ceux de la région mammaire peuvent ils expliquer ces variations mensuelles.

Le malade de ma seconde observation n'a pas pu me fixer sur ce point. En tous cas, le fait de variations de volume est à retenir et à observer.

Observation communiquée à la Société de chirurgie par M. Pierre Sébileau

(Séance du 28 juin et Bulletin du 4 juillet 1905)

Observation IX

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans que m'adressa un jour mon ami, le docteur Carcopino (de Verneuil-sur-Avre) dans les termes suivants : « Cette pauvre jeune fille est atteinte de rhabdo-myomes de la cuisse droite. Il y a trois mois, nous l'avions opérée, le docteur Willard (de Laon) et moi ; nous pensions qu'elle pourrait se tirer d'affaire. Il y a quinze jours, je l'ai revue et je l'ai trouvée dans l'état lamentable où vous allez la voir. Je me trompe : il y avait récidive, mais je pensais que nous pourrions intervenir utilement une seconde fois, parce que la tumeur n'avait pas pris des proportions énormes.

Or, hier, je me suis trouvé en présence d'une ou plutôt de plusieurs tumeurs, dont le volume avait triplé depuis quinze jours. Je doute fort qu'il soit possible de débarrasser la malade sans une mutilation. »

L'état dans lequel je trouvai celle-ci expliquait pleinement, à mes yeux, je dois le dire, le pronostic sévère de notre confrère. La malade qu'il m'adressait était, en effet, porteur d'une énorme tumeur du segment supérieur de la cuisse ; cette tumeur, dont le volume paraissait dépasser celui d'une tête d'adulte, occupait particulièrement la face interne de la cuisse le long de laquelle elle descendait jusqu'au canal de Hunter ; mais elle se développait encore sur la face antérieure du membre jusque dans la région du tenseur du fascia lata et proéminait en arrière jusqu'aux confins de la région fessière ; elle remontait jusqu'au pli périnéal et masquait en partie l'orifice vulvaire. Elle n'adhérait à la peau qu'au niveau de la cicatrice qu'avait laissée la première opération, mais une circulation veineuse riche marbrait les téguments. La masse ne pouvait pas se mobiliser dans le sens vertical, mais subissait assez largement l'impulsion latérale dans l'état de relâchement des muscles. Elle apparaissait nettement sous-musculaire, sinon adhérente aux muscles, car la contraction de la cuisse semblait l'enclaver dans la profondeur du membre. Nul trouble de compression n'existait, mais la tumeur était si grosse que la patiente ne pouvait marcher qu'en portant la cuisse en forte abduction, ce qui lui faisait abaisser le bassin du côté correspondant et boiter d'une manière très apparente. Aucune réaction ganglionnaire.

Il ne me parut pas que cette tumeur si volumineuse, si nettement influencée par la contraction musculaire et d'une récidive si brutale, pût être autre chose qu'un sarcome des

muscles. Je trouvai une nouvelle justification à ce diagnostic dans l'altération de la santé générale, l'amaigrissement, la fatigue, les sueurs abondantes, les troubles digestifs.

Le caractère adhérent de la tumeur ne me laissa pas un instant penser que son énucléation fût possible ; et, d'autre part, son volume était tel, elle s'infiltrait dans une telle étendue de la cuisse, que j'envisageai l'ablation du néoplasme par exérèse musculaire, non seulement comme une opération très grave, mais encore comme une opération fonctionnellement contre-indiquée

Je conclus donc, comme mon confrère Carcopino, qu'il faudrait se résoudre au gros sacrifice de la désarticulation de la hanche, ou, tout au moins, de l'amputation sous-trochantérienne.

Cependant, je ne voulus pas entreprendre une intervention de cette nature sans avoir fait l'exploration anatomique de la tumeur, et sans avoir, au préalable, essayé la décortication.

Je pratiquai donc d'abord une large ouverture exploratrice en réséquant le segment de peau adhérant à la tumeur après avoir combiné la formation d'un lambeau qui, le cas échéant, devait me permettre de terminer par l'amputation ou la désarticulation.

Sur la tumeur, je trouvai appliquées, en dedans, les fibres du droit interne, et, en dehors, celles du couturier. Elle n'y adhérait point, mais les muscles étaient comprimés par elle et si aplatis qu'ils la recouvraient comme d'une véritable enveloppe lamellaire.

J'essayai la décortication, et je fus frappé de la facilité relative avec laquelle celle-ci s'opérait. Je pus ainsi, après une opération assez longue et assez laborieuse, procédant, suivant la disposition des plans de clivage, tantôt par décortication extra-capsulaire, tantôt par énucléation

sous-capsulaire, tantôt par exérèse des faisceaux musculaires, je pus ainsi, dis je, extraire une tumeur qui n'a pas été pesée, mais qui était certainement plus volumineuse qu'une tête d'adulte.

Je pratiquai de la sorte une véritable dissection de la cuisse qui me permit d'étudier très précisément les départements envahis par le néoplasme.

Celui-ci se composait de trois grosses masses L'antérieure s'épanouissait en avant des vaisseaux fémoraux, en arrière du couturier et du droit antérieur ; elle s'infiltrait presque sous les fibres du tenseur du fascia lata. La moyenne s'engageait entre le pectiné et le moyen adducteur et descendait très bas, le long de la cuisse, jusqu'à la hauteur du canal de Hunter, entre le plan des adducteurs antérieurs (adducteur moyen) et celui des adducteurs postérieurs (petit et grand adducteurs) le long de l'artère fémorale profonde. Les fibres aplaties et étalées du droit interne le recouvraient. La postérieure s'engageait au-dessus du bord supérieur du petit adducteur pour déborder en arrière du plan des adducteurs postérieurs et s'épanouir en haut de la cuisse, dans la région obturatrice en disséquant, jusque vers la branche ischio-pubienne, les insertions des muscles internes et postérieurs.

On peut donc dire, ainsi que je le fis remarquer à mes assistants au cours de l'opération, que chacune des portions de la tumeur occupait une des trois loges vasculaires de la cuisse : la loge antérieure (artère fémorale) ; la loge moyenne (artère fémorale profonde, celle-ci fut sectionnée) ; la loge postérieure (arcades des perforantes).

Les suites opératoires furent bonnes et simples ; il n'y eut rien autre chose qu'un léger suintement sanguin pendant les quarante-huit heures que le drain demeura dans la plaie, et la guérison survint dans le temps normal.

Des échantillons du néoplasme avaient été prélevés ; ils furent égarés. Je n'ai donc malheureusement aucun résultat d'examen microscopique à fournir.

Je puis dire seulement que le néoplasme avait à la coupe l'apparence d'un fibro-lipome. Les masses graisseuses étaient coupées de fortes bandes de tissu fibreux d'où émanaient des prolongements qui s'infiltraient dans le parenchyme et donnaient à la masse une consistance assez ferme.

Je rappelle qu'il n'y avait d'autres adhérences que celles qui provenaient de la première opération et que, sans doute, la récidive n'était autre chose que la prolifération très active d'un lobe qui, égaré dans les interstices musculaires, avait échappé aux recherches de notre distingué confrère.

Mais un pédicule lamellaire assez fort attachait le néoplasme à la partie supérieure de la ligne âpre, juste au-dessous du petit trochanter.

Observation communiquée à la Société de chirurgie par M. Walther

(Séance du 7 juin et *Bulletin* du 13 juin 1905)

Observation X

Il s'agit d'un jeune garçon de 13 ans que j'avais opéré en 1892, dans le service de mon maître, le professeur Tillaux. La tumeur, très volumineuse, occupait toute la hauteur de la cuisse et siégeait très nettement dans la

loge antérieure au-dessous du triceps dont la contraction bridait et immobilisait la masse du lipome.

L'adhérence, à la partie supérieure du fémur, se traduisait cliniquement par l'impossibilité d'abaisser la tumeur, tandis qu'on pouvait la mobiliser un peu en la refoulant de bas en haut.

Le très lent développement de cette tumeur, chez un enfant de 13 ans, sans aucun trouble fonctionnel, sans aucune douleur, l'adhérence au squelette me firent porter le diagnostic de « tumeur congénitale à point de départ probablement périostique et vraisemblablement de nature lipomateuse». Ce qui me permit de faire ce diagnostic, c'est que je venais par hasard de lire une observation presque de tout point identique, présentée par M. d'Arcy Power à la Société de pathologie de Londres, en 1888.

Je fis l'ablation de la tumeur. Elle était bien sous-musculaire, très volumineuse, bilobée, implantée par un gros pédicule fibreux immédiatement au-dessous du petit trochanter. La désinsertion de ce pédicule, pratiquée avec la rugine, laissait à nu une surface osseuse, rugueuse, mamelonnée, dépouillée de périoste.

Il s'agissait d'un fibro-lipome avec de fortes lames fibreuses partant du pédicule et segmentant la masse graisseuse.

Outre l'observation de d'Arcy Power, je trouvai un cas analogue d'Angelo Nannotti (Sobra un rhabdomio lipoma della coscia. Morgagni, oct. 1891, p. 647), enfin une autre observation de lipome développé au niveau du trochanter, opéré par Bouilly et présenté par M. Boursier à la Société anatomique.

Le caractère le plus remarquable de ces tumeurs était la localisation très précise de leur point d'attache. Dans les quatre observations, en effet, le lipome s'insérait par

un pédicule fibreux au-dessous du petit trochanter : au niveau de la base du petit trochanter, dit une observation ; au niveau de la ligne rugueuse qui aboutit à la base du petit trochanter, dans un autre ; en somme dans cette zone qui correspond à la ligne épiphysaire du petit trochanter.

Dans ces quatre cas, ces lipomes périostiques congénitaux sous-trochantériens présentaient des caractères anatomiques et symptomatiques presque identiques.

Je n'ai pas observé depuis lors de cas analogue.

Observation présentée à la Société de Chirurgie par M. Lucas Championnière

(Séance du 21 juin et *Bulletin* du 27 juin 1905.)

Observation XI

J'ai opéré, au commencement de l'année (1905), un homme de 57 ans qui portait depuis de longues années à la nuque une tumeur qui avait, du reste, été cautérisée à demi par un empirique.

J'ai enlevé là une tumeur du volume du poing exclusivement composée de graisse et de tissu fibreux. Elle était tellement adhérente au périoste que la dissection fut très laborieuse, avec perte de sang considérable.

Cette tumeur occupait tout à fait le siège des tumeurs congénitales que l'on observe dans la région, et j'aurais grande tendance à la considérer comme les tumeurs congénitales, parmi lesquelles on trouve ainsi certaines formes de tumeurs graisseuses.

Cette tumeur n'est peut être pas comparable à celles que l'on trouve sur le périoste des os longs. Mais elle était parfaitement périostique, constituait un fibro-lipome très caractérisé, et on ne peut refuser qu'il y ait une relation au moins de composition entre ces tumeurs.

Observation présentée à la Société de Chirurgie par M. Reclus

(Séance du 24 mai et *Bulletin* du 30 mai 1905.)

Observation XII

Il s'agit d'un fort de la halle portant une tumeur de l'épaule, ponctionnée d'abord par M. Auvray puis par moi pour savoir s'il existait du liquide. La tumeur était crépitante. Comme il y avait des douleurs du bras gauche et de l'œdème de cette région, je me décidai à l'opérer et je trouvai une masse graisseuse qui s'engageait sous le trapèze, s'insérait en avant à l'aponévrose profonde du trapèze, et en arrière du tissu fibreux qui recouvre le sus et sous-épineux, puis à l'épine de l'omoplate dont elle ne fut séparée qu'avec la plus grande difficulté. La désinsertion aurait été plus simple si j'avais voulu me décider à sectionner le trapèze, ce à quoi je ne pus me décider, car le malade, fort de la halle, avait besoin de tous ses muscles. Emergeant de dessous le trapèze, la tumeur s'épanouissait dans le creux sus-claviculaire, puis rencontrait l'os, se dédoublait, une portion passant en avant, l'autre en arrière de la clavicule à laquelle elle adhérait d'une façon intime, se continuait enfin en avant et en arrière de l'aponévrose clavi-coraco-axillaire à laquelle elle adhérait

intimement. Sous le pectoral la dissection fut plus délicate et je dus réséquer une partie de l'axillaire.

Cette tumeur rappelle les lipomes que nous décrit M. Schwartz, par son adhérence intime aux os, omoplate et clavicule, et au tissu fibreux ; j'ajoute que ce lipome était crépitant et provoquait des douleurs de compression, et je crois qu'on peut le rapprocher des siens. Mais je n'oublie pas qu'à ce lipome gauche s'ajoutait un lipome droit absolument semblable et qu'en haut et en arrière de la région cervicale postérieure il y avait aussi deux lipomes. Je crois donc qu'on pourrait faire rentrer aussi ce cas dans la lipomatose symétrique d'origine cervicale.

Quant à la pathogénie, je n'oserai insister : je dirai simplement que la tumeur à droite et à gauche semblait correspondre absolument à la région recouverte par les deux branches de la bricole avec laquelle il portait les pianos. La branche gauche de la bricole appuie plus que la droite et c'est à gauche que la tumeur est prédominante.

Observation présentée à la Société de chirurgie par M Tuffier

Séance du 31 mai 1905

Observation XIII

..... Il s'agit d'un énorme *lipome profond de la face postérieure de la cuisse*, que j'opérai au mois de juin 1903. Mon malade était âgé d'une cinquantaine d'années et il portait une tumeur à développement lent, progressif et indolent. Elle s'étendait du sommet du creux poplité à la fesse ; la fluctuation était franche ; il existait un point

sensible au niveau de l'ischion. Le diagnostic était abcès froid. Je fis successivement des ponctions que je croyais devoir être évacuatrices, la grosse aiguille de Potain ne ramena rien. Pensant qu'il s'agissait d'un lipome, je fis une longue incision verticale qui me permit d'extraire une énorme tumeur lipomateuse qui avait disséqué toute la partie postérieure de la cuisse. Arrivé sur l'ischion, je trouvai là un vrai pédicule fibreux que je dus sculpter dans les parties fibreuses. L'os n'était pas dénudé.

Observation présentée à la Société de chirurgie par M. Routier

Séance du 31 mai 1905

Observation XIV

Un jeune garçon, âgé de 13 ans, malingre, me fut montré pour une tumeur sous-claviculaire grosse comme une poire d'Angleterre, très fluctuante, et manifestement pédiculé sur le tiers externe de la clavicule.

Je fis le diagnostic d'abcès froid ossifluent.

Deux ponctions ne me donnèrent rien. Je pratiquai l'ablation de la tumeur ; il s'agissait d'un lipome pédiculé sur la clavicule ; je dus mettre l'os à nu pour libérer la tumeur ; le pédicule avait 1 centimètre de long sur 2 à 3 millimètres de large, et était infiltré de tissu ostéoïde qui criait sous le scalpel De ce pédicule, partaient en éventail des travées fibreuses dans tout ce lipome. La pièce a malheureusement été perdue, mais c'était manifestement un lipome ostéo-périostique.

La guérison a été naturellement parfaite.

Observation communiquée à la Société de Chirurgie par M. Guinard

(Séance du 31 mai et *Bulletin* du 6 juin 1905)

Observation XV

Il s'agit d'une fillette qui, jusqu'à l'âge de sept mois, ne présenta rien de particulier.

En faisant la toilette de son nourrisson, la mère s'aperçut que l'omoplate gauche était augmentée de volume. Le père, qui est un de nos confrères, m'amena l'enfant en novembre 1899, et je trouvai dans la fosse sous-épineuse gauche une tumeur aplatie sous le muscle sous-épineux et paraissant fluctuante. Plusieurs ponctions avec l'aiguille de Pravaz étaient restées blanches. M. Kirmisson, à qui je menai la fillette, me conseilla de faire la ponction avec un gros trocart, et, comme cette tentative avait échoué aussi, il conseilla le traitement antisyphilitique, bien qu'il n'y eût aucun stigmate spécifique et bien que les parents soient indemnes.

Deux mois après, le traitement spécifique n'ayant donné aucun résultat, le père, d'accord avec notre collègue Comby, me demanda d'intervenir.

Je trouvai alors de gros changements aussi bien au point de vue local qu'au point de vue de l'état général.

La tumeur a le volume d'un œuf de dinde et n'est plus fluctuante ; l'enfant est pâle et amaigrie ; elle a une diarrhée incessante et tousse beaucoup. Pas de ganglions axillaires.

Le diagnostic de sarcome semblait s'imposer.

Le 22 décembre 1899, une incision me mène sous le muscle sous-épineux, d'où j'énuclée très facilement la tumeur qu'un pédicule fibreux fixe seulement en haut et en dehors, à l'omoplate, en dessous de la cavité glénoïde. Nulle part, l'os n'est dénudé, et la tumeur siège bien entre le périoste et le muscle.

Deux oncles et le père de l'enfant (tous les trois médecins) assistèrent alors avec mon interne à mon examen macroscopique de la tumeur, et tous les cinq, sans hésiter, nous pensâmes à un sarcome. La masse était constituée par des lobes mous, gélatineux, avec des travées peu visibles.

L'examen microscopique fait par le docteur Milian vint, à notre grande surprise et à notre satisfaction plus grande encore, affirmer qu'il « ne se trouvait dans cette tumeur aucune prolifération cellulaire capable de faire songer à un sarcome, et qu'il s'agissait manifestement d'une tumeur bénigne, d'un lipome simple ».

Très rapidement, tous les symptômes généraux s'amendèrent, et la fillette recouvra une santé parfaite.

Là se terminait mon observation dans la thèse du docteur Hurault (1) ; mais il y a une suite que je suis heureux de pouvoir publier ici.

En novembre 1903, c'est-à-dire *trois ans* après mon opération, la tumeur a récidivé sur place dans la fosse sous-épineuse gauche. En quelques semaines, elle atteignit le volume de celle que j'avais enlevée, et, chose bizarre, ce développement rapide s'accompagnait des

---

(1) Cette observation de M. Guinard a, en effet, servi de point de départ à la thèse du docteur Hurault.

mêmes symptômes généraux que la première fois : amaigrissement, diarrhée incoercible, toux quinteuse.

Le 6 novembre 1903, je fis donc une incision sur la cicatrice de la première opération, et j'énucléai une tumeur semblable à celle que j'avais déjà vue dans la même loge trois ans auparavant. Je sectionnai encore un pédicule ostéo-périostique sous la cavité glénoïde, et je pris soin de gratter et de curetter le périoste à ce niveau avant de refermer la plaie. L'examen histologique, fait de nouveau avec le plus grand intérêt, donna les mêmes résultats que pour la première tumeur. C'était encore du lipome pur. J'ajoute que tous les phénomènes généraux cessèrent après l'opération. Et depuis deux ans l'enfant se développe très normalement et se porte parfaitement bien.

Deux points me paraissent dignes d'intérêt dans cette histoire :

D'abord la récidive *in situ* d'une tumeur bénigne histologiquement. Je me demande si c'est bien une récidive, ou si ce n'est pas simplement l'évolution d'un lobe du lipome qui m'avait échappé lors de ma première intervention. Cette dernière interprétation cadrerait mieux avec la pathologie générale.

En second lieu, les symptômes généraux graves se manifestant deux fois de suite à trois ans d'intervalle, au moment même où le lipome se développe rapidement, doivent-ils être considérés comme une conséquence de la tumeur ? Peut-on admettre là ce qu'on a appelé la fièvre ou l'intoxication néoplasique ? Ou bien n'y a-t-il eu qu'une simple coïncidence, et la tumeur n'a-t-elle évolué si rapidement, les deux fois, que sous l'influence d'une intoxication générale, grippale ou autre ?

Là, encore, je crois que cette dernière explication est plus en rapport avec ce que nous savons de l'évolution

des tumeurs bénignes en général ; et le lipome ostéo-périostique, congénital ou non, est assurément le type le plus classique de la tumeur bénigne. Je me borne à livrer le fait tel que je l'ai observé.

Communication de M. Nélaton à la Société de chirurgie

(Séance du 31 mai et bulletin du 6 juin 1905)

Observations XVI et XVII

Obs. I. — J'ai observé deux cas de lipomes ayant une implantation périostique ;

Le premier cas est celui d'une femme de trente ans environ qui portait au niveau de la région occipitale une tumeur plus grosse que mon poing.

Cette femme se rappelle qu'à l'âge de quatorze ans, Giraldès lui proposa d'enlever cette tumeur, alors grosse comme une noix ; la mère de l'enfant avait refusé l'opération.

A l'examen, la tumeur avait la consistance d'un lipome; on trouvait des lobules au milieu d'une masse pseudo-fluctuante ; la peau était grenue, épaissie et présentait des enfoncements correspondant aux pores de la peau, exagérés.

A sa base, la tumeur se continuait avec l'apophyse occipitale externe par un pédicule osseux du volume d'une noix. J'enlevai le lipome et laissai la saillie osseuse qui fut recouverte par le cuir chevelu.

Obs. II. — Le second cas est celui d'un homme que

j'opérai à l'hôpital Tenon vers 1893 ; il avait un énorme lipome de la région antéro-interne de la cuisse.

Ce lipome était sous-aponévrotique et s'implantait sur le petit trochanter.

Observation XVIII

(De d'Arcy Power. — Parue dans *The Lancet* 1888)

Le malade, un garçon de neuf ans, portait une tumeur indolente, occupant le tiers supérieur de la cuisse. La peau était mobile et les veines cutanées dilatées.

La tumeur fut enlevée. Elle était solidement fixée au périoste, au-dessous du petit trochanter. Elle pesait 15 onces et mesurait 6 pouces sur 5. Elle était partiellement capsulée, et se composait de plusieurs lobes, réunis par un tissu aréolaire. La consistance était dure.

A l'examen, au microscope, on trouva des amas de graisse, séparés par de gros faisceaux conjonctifs.

M. Power rappelle l'opinion de Butlin, d'après laquelle ces tumeurs sont d'abord fibreuses et deviennent ensuite graisseuses ; mais il estime qu'il n'y a aucune raison pour que les lipomes ne puissent naître du périoste, étant de nature conjonctive. Le tissu connectif proliférerait en un point et ses éléments cellulaires se chargeraient de graisse.

Pour ce qui est de l'absence de capsule, M. Power pense que dans la portion encapsulée la grande quantité de tissu conjonctif peut faire regarder la tumeur comme un fibro-lipome, tandis que l'autre portion serait du lipome pur.

Observation XIX

(Pearce Gould, cité par Bland-Sutton, in *Med. Chirurg. trans.*, 1885)

Le lipome que portait un tout petit enfant était situé sous le sterno-cleïdo-mastoïdien et son adhérence à l'os était si intime que le périoste fut enlevé pendant son extirpation.

Après l'opération on vit que la portion de la tumeur attachée à la clavicule contenait une très mince couche de fibres musculaires striées. Il faut conclure de ce fait que nous sommes ici en présence d'un de ces muscles anormaux si fréquents à la clavicule.

Le tissu musculaire paraît donc avoir subi la dégénérescence graisseuse. Ce tissu adipeux s'accrut en même temps que grandissait l'enfant ; son volume devint tel qu'il attira bientôt l'attention. C'est ainsi que cette tumeur tomba entre les mains du chirurgien.

Observation XX

(Heincke, cité par Grosch, *loc. cit.*)

Un jeune homme de dix-huit ans portait une tumeur à la région occipitale, dont l'origine remontait à la première enfance. Elle avait le volume du poing et adhérait très étroitement à la partie inférieure de l'occipital. Cette union intime à l'os, la forme de la tumeur, son siège, firent penser avec vraisemblance à une encéphalocèle. Heincke l'opéra, et l'on vit alors qu'on avait affaire à un lipome placé sous l'épicrâne.

Observation XXI

(M. Jeanbrau. — Bulletin de la Soc. anat., oct. 1889.)

Un enfant de 12 ans, portait sur le dos du pied une tumeur saillante, du volume d'une orange, poussant, à travers le premier espace interosseux un prolongement dans la plante.

L'extirpation montra qu'il s'agissait d'un lipome circonscrit, intimement uni au périoste des deux premiers métatarsiens, tous les deux fortement excavés et amincis. Il existait, comme l'examen clinique avait permis de le soupçonner, un prolongement plantaire étalé contre la croûte.

L'excavation des métatarsiens élargissant ainsi l'espace interosseux où la tumeur s'était primitivement développée, permit de penser que le lipome était d'origine congénitale et avait pris naissance sur le périoste des deux os, dont le développement avait marché parallèlement au sien.

Observation XXII

(Séerig, citée par Grosch, Deutsch Zeitschrift für. Chir. 1887.)

Un enfant de 2 ans et 1/2 portait un lipome congénital à la partie postérieure du crâne. Cette tumeur, grosse comme un pois au moment de la naissance, s'était accrue rapidement et était arrivée à recouvrir toute la partie postérieure de la tête en envahissant le cou et en s'avançant jusqu'aux oreilles. Fluctuante en certains endroits,

pulsatile vers sa base, elle n'adhérait pas très intimement à la peau, ni à l'os ; on la comparait à un sac de laine bien rembourré. Seerig l'opéra et la plaie se ferma en quatre semaines. La tumeur était composée d'une masse blanche, lardacée, entourée d'une enveloppe celluleuse ; une portion seule était graisseuse.

Observation XXIII

(Th. Smith.— Trans. of the pathol. Soc. of London, 1868)

Il s'agit d'un lipome existant depuis fort longtemps, qui fut enlevé sur l'avant-bras d'un garçon de 9 ans.

Très dense, immobile, il était fixé solidement sur le radius.

Il s'était accru progressivement et très rapidement dans les derniers temps. On l'opéra à l'hôpital des Enfants de Londres et l'on trouva qu'il s'implantait sur le col radial. Après l'ablation de la tumeur, le radius était rugueux, dénudé : il présentait sur le côté où celle ci s'était fixée, un profond sillon, au fond duquel se voyaient de petits morceaux d'os solidement adhérents au lipome.

Observation XXIV

(Th. Smith.—Trans. of the pathol. Soc. of. London, 1866)

Le lipome dont il s'agit existait depuis la naissance, au dire de la mère, chez une petite fille de 5 ans. La tumeur fasait saillie en arrière du côté de la tesse et l'on pouvait aussi la sentir en avant entre les vaisseaux fémo-

raux et les adducteurs. Elle s'attachait solidement en un point de l'ischion.

On l'extirpa par derrière ; on put alors constater qu'elle s'étendait à travers l'adducteur. La partie du lipome qui traversait ce muscle était indiquée par une étroite constriction et il y avait deux lobes, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Observation XXV

(Heyfelder, *loc. cit.* — Résumée)

Il s'agit d'une petite fille de 3 ans et demi, présentant sur la fesse gauche une tumeur, observée par les parents quelques semaines après la naissance, et qui n'avait alors que la grosseur d'une noix.

La tumeur fut extirpée. On la trouva en rapport intime avec le côté externe de l'os iliaque, le fémur, les trochanters et jusqu'au sciatique. Les examens microscopique et histologique de la tumeur démontrèrent qu'on avait affaire à une production graisseuse.

Observation XXVI

(Heyfelder. — De lipomate, 1842. Stuttgard)

A Trévise, naquit en 1824, un enfant portant sur le front une tumeur molle, mobile en certains points, régulièrement circonscrite, ne présentant ni fluctuation, ni pulsations, ni douleur et ayant la grosseur d'un œuf. Cette tumeur fut enlevée quinze jours après la naissance. On vit qu'elle était de nature graisseuse, lobulée, et

qu'elle adhérait au crâne. L'enfant mourut vingt heures après l'opération.

Observation XXVII

(Butlin. — Path. soc. Trans. vol. XXVIII, cité p. B. Sutton, Méd. chir. Trans., 1885)

Th. Smith enleva un lipome de la jambe chez une petite fille de 7 ans. Cette tumeur avait été vue pour la première fois quand l'enfant avait un an. Elle occupait la partie postéro-supérieure de la jambe, un peu au-dessous du genou. Quand on l'enleva, on s'aperçut qu'elle était placée au milieu des muscles profonds et qu'elle passait entre le tibia et le péroné. Du volume d'une tête fœtale, elle était composée en partie égale de tissu fibreux et de tissu adipeux. Elle était encapsulée et chaque lobule graisseux était entouré de travées fibreuses Au milieu de ces trabécules fibreux, on pouvait voir de minces bandelettes rouges, qu'on reconnut plus tard pour être du muscle strié. Butlin pense que ce tissu musculaire n'est pas néoformé, qu'il a seulement été enfermé dans la tumeur pendant son accroissement. On peut penser à une masse musculaire qui a dégénéré en tissu graisseux.

Observation XXVIII

(Chipault. — Médecine moderne, déc. 1895. Résumée)

Il s'agit d'un garçon de 4 ans 1/2, porteur, au niveau de la bosse frontale gauche, d'une tumeur constatée dès la naissance et qui avait assez brusquement acquis le volume d'une petite orange. Une incision longitudinale

mit à nu une tumeur encapsulée, jaunâtre, qui se laissa très facilement énucléer, sauf dans la profondeur, où elle adhérait intimément sur une étendue de quelques centimètres au périoste et à l'os.

L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un lipome.

Observation XXIX

(Nancrède. — Boston Méd. and Surg. Journ. 1883. A Path. Soc. of Philadelphie 1883. Résumée)

Il s'agit d'un enfant de 16 mois, porteur d'une tumeur déjà grosse comme le poing sur le côté gauche du crâne. Elle était située sous l'aponévrose de l'occipito-frontal. L'examen microscopique montra que c'était du lipome pur.

Observation XXX

(Sydney Jones. — Trans. of the patholog. Soc. of London, 1881, t. XXXII)

Un enfant de vingt mois portait une tumeur située sur la suture sagittale, s'avançant en arrière jusqu'au niveau de la fontanelle pariétale. Cette tumeur fut aperçue dès l'âge de deux mois et elle avait le volume d'une bille. Elle s'accrut très rapidement dans les derniers mois.

Durant l'opération, on constata la présence d'adhérences avec le cuir chevelu et le péricrâne. La tumeur était un lipome ; elle pesait 70 grammes.

Observation XXXI

(Reclus. — *Bull. Soc. Anat.*, 4 mars 1881.)

M. Reclus a opéré, à la Pitié, un malade atteint d'un lipome de la partie médiane du front. L'opéré a affirmé que la tumeur était congénitale. M. Duplay, ajoute M. Reclus, aurait observé un cas analogue.

Observation XXXII

(Résumée)

(Lannelongue. — Affections congénitales, t. I. Paris, 1891.)

Chez une petite fille de 10 mois existait une tumeur du volume d'une mandarine, située sur le côté droit du front, au dessus des sourcils. Cette tumeur avait été remarquée dès la naissance, et son volume était alors celui d'une grosse noisette On fit l'ablation de la tumeur et on constata qu'elle pénétrait dans le frontal Dans une étendue grande comme une pièce de 5 francs, cet os présentait une surface ulcérée et des anfractuosités remplies par le néoplasme.

L'examen histologique révéla que la tumeur était un lipome presque pur.

Observation XXXIII

(Résumée)

(Guépin et Orrillard. — *Bull. Soc. Anat.*, 24 novembre 1873)

Il s'agit d'un homme de 40 ans, porteur d'une tumeur du volume d'une noix, siégeant à la partie moyenne du sourcil droit et qui fait penser à un kyste dermoïde. Une incision parallèle aux plis frontaux, découvre une masse lipomateuse, située au-dessous de la peau et du muscle frontal. Elle adhère au frontal. Ce lipome paraît devoir être considéré comme un lipome périostique congénital.

Observation XXXIV

(Wood. — Trans. of the pathol. Soc. of London, 1875.)

Résumée

Il s'agit d'un lipome du volume du poing d'un enfant, adhérant solidement à l'apophyse ptérygoïde et produisant un gonflement au niveau de la fosse zygomatique droite, apparaissant dans la bouche et refoulant la branche ascendante du maxillaire inférieur.

L'ablation eut lieu le 6 mars 1875. A l'examen histologique on constata qu'on avait affaire à un lipome myxomateux.

Observation XXXV

(Dr Jallet. — Citée dans la thèse d'Hurault.)

Résumée

Il s'agit d'une petite fille de 12 ans, portant, dans le dos, 3 lipomes considérables. La première de ces tumeurs a été remarquée à l'âge de 4 mois et elle avait à cette épo-

que le volume d'un œuf de pigeon. Ces lipomes adhéraient aux apophyses transverses.

Observation XXXVI

(Holmes. — Thérap. des mal. chir. de l'enf. Trad. du Dr Larcher 1879.)

Résumée

Il s'agit d'un petit garçon de 3 ans porteur d'une volumineuse tumeur déjà ancienne au cou.

L'opération montra une tumeur enveloppée d'une capsule limitée, offrant en arrière un volumineux prolongement qui se confondait avec le périoste des apophyses transverses des vertèbres cervicales.

Il s'agissait d'un lipome entouré d'une capsule de tissu fibreux.

Observation XXXVII

(Braquehaye. — *Bull. Soc. Anat.* 18 mars 1894.)

[Résumée]

Jeune fille de 18 ans souffrant de gommes tuberculeuses.

Par hasard on remarqua une tumeur médiane et aplatie à la partie inférieure de la nuque. La malade assure l'avoir toujours connue.

En l'opérant on tombe sur une tumeur formée d'une agglomération de globules graisseux fins. Sur les bords elle se continue avec la graisse sous-cutanée. Elle est vasculaire et saigne abondamment. Il faut une dissection attentive pour la séparer des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales. On remarque après l'ablation, au niveau d'une apophyse épineuse, une lame fibreuse qui séparait l'os de la tumeur.

Observation XXXVIII

(Braquehaye. — *Bull. Soc. Anat.*, 18 mai 1894)

Jeanne G..., agée de 2 ans, ne présente rien à noter dans ses antécédents héréditaires : elle s'est toujours bien portée. Elle est bien conformée, mais présente cinq nœvi vasculaires. A sa naissance, on remarqua près de la ligne médiane, au niveau de la 12e vertèbre dorsale, une petite tumeur, molle, sessile, de la grosseur d'une noisette. Depuis elle a régulièrement augmenté de volume, fusant sur le côté, dans le flanc et prenant une forme allongée. Elle a toujours été indolente.

On la présente à l'hôpital Trousseau (service du professeur Lannelongue) le 9 mai. La tumeur est régulière, aplatie, sans bosselures, de consistance égale et molle, mate, non fluctuante. La peau, normale, est adhérente. On peut mobiliser la tumeur sur les parties profondes, dans le sens de son petit axe seulement.

Le 10, on intervient. Après incision, on constate que la tumeur n'est pas encapsulée ; elle est composée de graisse, absolument confondue avec le pannicule graisseux sous-cutané, sauf cependant une couche de tissu cellulaire qui la sépare de la profondeur. L'adhérence est très marquée au niveau du sommet des apophyses épineuses des 11e et 12e dorsales. Suture. Le 17, réunion complète.

Observation XXXIX

(Broca. — *Bulletin de la Soc. de Chir.* du 6 juin, séance du 31 mai 1905)

Marcel M..., neuf ans, entré à l'hôpital des Enfants Malades, salle Molland, service de M. Broca, pour une tumeur siégeant à la jambe gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux il y a six ans, mère bien portante, une sœur moins âgée en bonne santé, sept autres enfants morts dans l'enfance, atteints, dit la mère, de méningite.

Pas de fausse couche. Tous les enfants sont nés à terme.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, élevé au biberon, au lait bouilli. A percé sa première dent à quatre mois. A fait ses premiers pas à treize mois.

Pendant sa première enfance, pas de troubles gastro-intestinaux ; le sevrage se fait dans d'exellentes conditions. L'enfant est sujet aux rhumes, a eu à plusieurs reprises des bronchites.

Comme maladies antérieures, on note la rougeole et la coqueluche à l'âge de trois ans.

Depuis cette époque, bonne santé générale ; la mère n'eut jamais recours au médecin.

L'affection pour laquelle l'enfant est amené à l'hôpital paraît remonter à trois mois. A cette date, la mère par hasard, en habillant son enfant, aperçut une petite grosseur à la partie antérieure de la jambe gauche. Celle-ci était indolore, et jamais l'enfant ne s'en plaignit. La mère ajoute que cette tumeur devait être de date récente, car

auparavant, elle n'avait jamais attiré son attention. L'interrogatoire reste négatif au point de vue traumatisme antérieur. L'enfant n'avait point fait de chute ni reçu de coup sur la jambe.

La grosseur augmente sensiblement depuis la date d'apparition ; aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après la première constatation de la mère, on note ce qui suit :

La jambe gauche présente deux bosselures, une située à la région inférieure du genou, l'autre à 5 ou 6 centimètres au-dessous.

Cette dernière siège à la partie médiane, empiétant légèrement sur la région antéro-externe ; elle est peu saillante, étalée, mesurant un diamètre de 3 centimètres environ, sans contours bien limites. La palpation donne une sensation de mollesse uniforme. La tumeur est mobile sur les plans profonds, la peau se laisse facilement plisser à la surface, la tumeur semble siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Elle est absolument indolente, on ne perçoit aucune dilatation veineuse à son niveau. L'autre tumeur est située au niveau de l'extrémité supérieure du tibia ; elle répond au tendon rotulien et au plateau tibial, elle a la grosseur d'un petit œuf de poule ; elle est plus saillante que la précédente, moins étalée, de consistance assez résistante, mais facilement dépressible, sans rénitence ni fluctuation. La tumeur est nettement circonscrite, sans irrégularités, ni à la surface, ni à la périphérie, la peau est mobile à son niveau, mais, dans la profondeur, la tumeur est nettement adhérente au plan sous-jacent, les mouvements de la jambe sur la cuisse la laissent complètement immobile.

L'articulation est libre dans tous ses mouvements, les culs-de-sac sont normaux, avec sensation d'hydarthrose.

Indolence complète, même à une pression forte, irréductible dans ces conditions.

L'enfant ne s'est jamais plaint ; il n'a jamais ressenti ni douleur ni gêne.

A l'examen du squelette, on constate que l'enfant est bien développé pour son âge, aucune déformation, aucune tumeur analogue dans aucune partie du corps, pas de nœvi.

Excellent état général. Le facies est un peu pâle, l'examen des autres organes est absolument négatif. A la radiographie, l'os paraît sain.

Opération : Anesthésie par éther.

Incision longitudinale sur le bord antérieur du tibia. On tombe à la partie inférieure, sur un amas graisseux, sans enkystement, se continuant avec la graisse du tissu cellulaire voisin. On en fait facilement l'ablation.

A la partie supérieure, on se trouve en présence d'une tumeur nettement enkystée, ayant à peu près les dimensions d'un gros œuf de pigeon, répondant au tendon rotulien et au plateau tibial. On le libère latéralement et on constate qu'il adhère à la partie profonde et au tendon rotulien et au périoste, un peu en dehors de l'insertion du tendon rotulien. On sectionne ce faisceau résistant qui forme pédicule et on obtient la tumeur en entier. On se rend compte, cela fait, de l'attache périostique que présentait la tumeur.

Suture et guérison par réunion immédiate de huit jours.

CONCLUSIONS

De l'étude précédente nous devons retenir que :

1° Le lipome périostique est une tumeur rare, se manifestant surtout chez les hommes et de préférence sur les membres.

2° Les lipomes périostiques doivent être distingués en lipomes primitivement et secondairement périostiques (adhérences acquises).

3° La pathogénie des lipomes primitivement périostiques a suscité de nombreuses théories insuffisantes en général et l'on doit distinguer :

a) Des lipomes périostiques apparus chez l'adulte par irritation du périoste.

b) Des lipomes périostiques congénitaux ou apparus dans le jeune âge et pendant la croissance ; ce sont les plus fréquents.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 21 juillet 1905
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 juillet 1905
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

D'Arcy Power. — The Lancet, 1838.
Barros Borgogno. — Thèse Paris, 1879.
Butlin. — Médico-chirurg. Trans., 1885.
Braquehaye. — Bull. soc. anat., mai 1894.
Broca. — Traité des tumeurs. Paris, 1864.
— Bull. Soc. de chirurgie, 6 juin 1905.
Bryant — Guy's Hosp. Reports. vol. IX. 1863.
Chipault. — Médecine moderne, déc. 1895.
— . In Traité de chirurgie Delbet et Le Dentu.
Cruveilhier — Anat. pathologique générale, 1856.
Darbez — Thèse Paris, 1868.
Duplay. — Archives générales de médecine, 1868.
Duplay et **Reclus**. — Traité de chirurgie.
Duplay et **Pollin** — Pathologie externe.
Gould Pearce — Méd. chir. trans., 1885.
Grosch. — Deutsche Zeitschrift für chir., 1887.
Guinard. — Bull. Société chirurgie, 6 juin 1905.
Guépin et **Orillard** — Bull Société anatomie, nov. 1893
Heyfelder. — De Lipomate Stuttgart, 1842.
Holmes. — Thérapeutique des mal. chirurg. de l'enfance.
Hurault. — Thèse Paris, 1900, n° 127.
Jeanbrau — Bull Société anatomie, oct. 1879.
Sydney Jones. — Trans. of the path. soc., 1881.
Juda. — Thèse Paris, 1885.
Kirmisson — Traité des mal. chir. d'orig. congénitale.
— Traité des maladies du système locomoteur.
Krohn. — Thèse Paris, 1885.
Lannelongue. — Traité des kystes. Paris, 1884.
— Affections congénitales. Paris, 1891.
Le Dentu et **Delbet.** — Traité de chirurgie.

Lucas-Championnière. — Bull. soc. chirurgie, juin 1905.
Morgagni. — Epistol.
Nancrède. — Boston med. and surg. Journ. 1883.
Nélaton — Bul. soc. chir., 6 juin 1905.
Quénu. — In Traité Duplay et Reclus, t I
Reboul. — Bul. Soc. chir., 6 juin 1905.
Reclus. — Soc. anat., mars 1881.
— Bul. Soc chir., 30 mai 1905.
Sébileau. — Bul. Soc chir., 4 juillet 1905.
Th. Smith — Trans of the path. soc., 1866.
— — — 1868.
Schwartz et **Chevrier** — Bul. Soc. chir , 30 mai 1905.
Bland Sutton. — Méd. chir. trans., 1886.
Verneuil — Bul. Soc. biol., t. 1.
Virchow. — Pathologie des tumeurs. Traduc. Aronssohn.
Walter. — Mercredi médical, janv. 1895.
— Bull. Soc. chir., 13 juin 1905.
J. Wood. — Trans. of the path. soc 1875

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !